

Ustrezno polje označite s križcem	Prosimo pišite čitljivo in z VELIKIMI TISKANIMI ČRKAMI																					
* Vzpostavitev soglasja	SOGLASJE za SEPA direktno obremenitev										AVISION D.O.O. PORTOROŽ Obala 114, 6320 Portorož Tel. št. 0592 / 22580 racuni@alnet.si											
* Sprememba soglasja	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					
* Ukinitve soglasja	Referenčna oznaka soglasja - izpolni Avision d.o.o. Portorož																					

S podpisom tega obrazca pooblašate Avision d.o.o. Portorož, da posreduje navodila vašemu ponudniku plačilnih storitev za obremenitev vašega plačilnega računa in (B) vašega ponudnika plačilnih storitev, da obremeni vaš plačilni račun v skladu z navodili, ki jih posreduje Avision d.o.o. Portorož. Vaše pravice obsegajo tudi pravico do povračila denarnih sredstev s strani vašega ponudnika plačilnih storitev v skladu s splošnimi pogoji vašega ponudnika plačilnih storitev. Povračilo denarnih sredstev je potrebno terjati v roku 8 tednov, ki prične teči od dne, ko je bil obremenjen vaš plačilni račun. Prosimo OBVEZNO izpolnite polja, označena z *.

* Vaše ime in priimek											1
* Vaš naslov											2
											3
											4
											5
											6
Naziv prejemnika plačila	AVISION D.O.O. PORTOROŽ										7
	SI87400057										8
	OBALA 114										9
	6320					PORTOROŽ					10
	SLOVENIJA										11
* Vrsta plačila	Period. obremenitev <input checked="" type="checkbox"/> ali Enkratna obremenitev <input type="checkbox"/>										12
* Kraj podpisa soglasja											13
* Prosimo podpišite tukaj											14

Opomba: vaše pravice v zvezi z zgornjim soglasjem so navedene v splošnih pogojih poslovanja, ki jih lahko dobite pri vašem ponudniku plačilnih storitev.

ČE RAČUN PLAČUJETE V IMENU DRUGE OSEBE (NAROČNIKA STORITEV) IZPLNITE POLJE ŠT. 15											
Identifikacijska oznaka plačnika											14
* Oseba, v imenu katere se izvrši plačilo (ime in priimek naročnika)											15
											16

Prosimo, da ORIGINAL podpisanega soglasja, fotokopijo bančne kartice in fotokopijo osebne izkaznice vrnete oziroma dostavite na naslov:

AVISION D.O.O. PORTOROŽ
OBALA 114
6320 PORTOROŽ

Le za uporabo prejemnika plačila
